

記入日：令和 年 月 日

## 令和 年度高松市立 学校 食物アレルギー対応希望調査票

学校名			学年・学級	年 組
(ふりがな) 児童生徒氏名			生年月日	年 月 日生
(ふりがな) 保護者氏名			FAX 番号 (あれば)	
電話番号	自宅番号		携帯番号	
住 所	〒			

1. 医療機関への通院・エピペン®について（カッコには記入、該当する項目にはをしてください）

食物アレルギーについて 医師の診断の上で除去を行っていますか？	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
食物アレルギーについて通院している医療 機関はどこですか？	医療機関名：( ) 主治医名：( )
これまでに食物によるアナフィラキシーや アナフィラキシーショックを起こしたことが ありますか？	<input type="checkbox"/> ある→原因食品を記入してください <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> クルミ <input type="checkbox"/> カシューナッツ 上記以外の場合：( ) <input type="checkbox"/> ない
エピペン® を処方されていますか？	<input type="checkbox"/> ある ( 本 ) <input type="checkbox"/> ない
これまでにエピペン®を使用したことがあ りますか？	<input type="checkbox"/> ある→これまでに使用した回数は： <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上 <input type="checkbox"/> ない
症状出現にそなえた頓用薬について 右欄の薬は処方されていますか？	<input type="checkbox"/> 抗ヒスタミン薬（薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ステロイド薬（薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 吸入の気管支拡張薬（薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 内服の気管支拡張薬（薬の名前： ) <input type="checkbox"/> なし

2. 食物除去の状況（空欄には記入、該当する項目には☑をしてください）

	除去している食品・給食で除去を希望する食品	これまで全く食べたことがない食品ですか（未摂取除去）？	これまでにアナフィラキシーを起こしたことがありますか？	コンタミネーション程度の微量でも症状が出現しますか？	医師の診断や指示に従って除去している食品ですか？
1		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
2		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
3		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
4		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
5		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
6		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
7		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
8		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
9		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
10		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

3. 学校給食での対応の希望（希望する場合☑してください）

詳細献立表の提供	<input type="checkbox"/> 希望する
加工食品のアレルギ成分表の提供	<input type="checkbox"/> 希望する
給食すべての停止（毎日弁当を持参）	<input type="checkbox"/> 希望する
除去食の提供（学校ごとに品目を入れる）	<input type="checkbox"/> 希望する（食品名：_____）
飲用牛乳の停止	<input type="checkbox"/> 希望する

4. その他、気になることなどがあればお書きください

(例) 給食当番をはずしてほしい

給食時に他の児童の牛乳がとばないように配置を考慮してほしいなど

## 〈調査票記入時の注意点〉

○児童生徒の保護者の方が記入してください。

○果物/野菜アレルギーの場合（例1参照）

- ・「生」の果物/野菜のみ除去している場合は「生の果物/野菜」と記載してください。
- ・「生」も「加熱（濃縮還元やジャムなど）」も除去している場合は、「生の」は不要です。
- ・多種類の果物/野菜を除去している場合、同じ枠内に記入してください。ただし、モモではアナフィラキシーがあったが、リンゴ・サクランボは口腔粘膜症状のみという場合は、モモと、リンゴは別枠に記入してください。

○魚アレルギーの場合（例2参照）

食べられない魚の種類が決まっている場合は記載してください。ほとんどの魚が摂取できない場合は「魚全般」と記載してください。また、だし摂取が可能/不可能を記載してください。

○卵アレルギーの場合（例3参照）

加熱卵は食べられるが、生・半熟卵は除去している場合は、「生・半熟卵」と記載してください。

○ナッツアレルギーの場合（例4参照）

クルミアレルギーは確実にあるが、アーモンドやカシューナッツは食べたことはないが除去している（未摂取除去）場合は、それぞれ別枠に記載してください。

○未摂取除去の食品の場合

アナフィラキシー：なし、微量で誘発：わからない、と記載します。

## 〈記入例〉

	除去している食品・給食で除去を希望する食品	これまで全く食べたことがない食品ですか（未摂取除去）？	これまでアナフィラキシーを起こしたことがありますか？	コンタミネーション程度の微量でも症状が出現しますか？	医師の診断や指示に従って除去している食品ですか？
例1	生の果物（リンゴ・サクランボ）	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	モモ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
例2	魚全般（だし摂取可能）	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
例3	生・半熟卵	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
例4	アーモンド カシューナッツ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ <input checked="" type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ
	クルミ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> わからない	<input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ

